



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Świątokrzyskiego Stowarzyszenia Kolekcjonerów Broni Palnej „CIVIS”

Adres: ul. Żurawia 1126-026 Morawica, Piaseczna Górka, **email:** stowarzyszeniecivis@gmail.com , **www:** sskbp-civis.pl
Tel: +48 733757229, +48 609189050, KRS 0000687246.

		-			-						ROK
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	-----

Data wypełnienia deklaracji

Złożenie deklaracji po raz pierwszy*		Aktualizacja deklaracji*	
--------------------------------------	--	--------------------------	--

*zaznacz znakiem X właściwe pole

Ja niżej podpisany zwracam się z prośbą do Zarządu **ŚWIĘTOKRZYSKIEGO STOWARZYSZENIA KOLEKCJONERÓW BRONI PALNEJ „CIVIS”** wpisanym do KRS pod numerem 0000687246 o przyjęcie mnie jako członka zwyczajnego stowarzyszenia. Zobowiązuję się do aktualizowania n/w danych. Oświadczam, że znane mi są cele statutowe stowarzyszenia oraz sposoby ich realizacji określone w Statucie. Zobowiązuję się do przestrzegania jego uchwał oraz obowiązujących regulaminów, wniesienia opłaty wpisowej oraz regularnego opłacania rocznych składek członkowskich. Deklaruję, iż w ramach stowarzyszenia będę uprawiał strzelectwo na własne ryzyko i przyjmuję do wiadomości, że jest wskazane abym ubezpieczył się od następstw nieszczęśliwych wypadków związanych z jego uprawianiem.

..... dnia (podpis)

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez stowarzyszenie zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U., 1997, nr 133, poz. 883, ze zm.) oraz na potrzeby Ustawy z dnia 21 maja 1999 r. o broni i amunicji (Dz.U., 1999, nr 59, poz. 549, ze zm.) — w celach związanych z działalnością statutową stowarzyszenia. Przysługuje mi prawo wglądu w te dane, ich poprawianie lub uzupełnianie.

..... dnia (podpis)

Oświadczam że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i nie jestem pozbawiony/a praw publicznych.

..... dnia (podpis)

NAZWISKO																	
IMIONA																	
DATA URODZENIA														ROK	MIEJSCE URODZENIA		
IMIE OJCA												IMIĘ MATKI					
PESEL																	
DOWÓD OSOBISTY				/													

ADRES ZAMIESZKANIA																
KOD POCZTOWY															MIEJSCOWOŚĆ	

E-MAIL																	
TELEFON KOMÓRKOWY																	

UPRAWNIENIA STRZELECKIE		POZWOLENIE NA POSIADANIE BRONI PALNEJ CO CELÓW:	POZWOLENIE NA POSIADANIE KUSZY:
Patent strzelecki PZSS <input type="checkbox"/> Licencja zawodnicza PZSS <input type="checkbox"/>		ochrony osobistej <input type="checkbox"/> pamiątkowych <input type="checkbox"/> ochrony osób i mienia <input type="checkbox"/> rekonstrukcji historycznych <input type="checkbox"/> łowieckich <input type="checkbox"/> sportowych <input type="checkbox"/> szkoleniowych <input type="checkbox"/> innych <input type="checkbox"/> kolekcjonerskich <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> KPP PRZYNALEŻNOŚĆ DO INNYCH STOWARZYSZEŃ O CHARAKTERZE KOLEKCJONERSKIM Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>
DOPUSZCZENIE DO POSIADANIA BRONI PALNEJ:		PROWADZĄCY STRZELANIE:	LICENCJA SĘDZIEGO STRZELECTWA
CELE	RODZAJE	PZSS <input type="checkbox"/> LOK <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/>	strzelectwa sportowego <input type="checkbox"/> strzelectwa dynamicznego <input type="checkbox"/>
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> G/H <input type="checkbox"/> I/S <input type="checkbox"/> K/P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ZS <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	UPRAWNIENIA INSTRUKTORSKIE:	PIERWSZA POMOC
		instruktora strzelectwa <input type="checkbox"/> trener strzelectwa <input type="checkbox"/> trener PZSS <input type="checkbox"/> Instruktor (uprawnienia resortowe) <input type="checkbox"/>(podać resort)	Ratownik Medyczny <input type="checkbox"/> Ratownik KPP <input type="checkbox"/> Kurs Pierwszej Pomocy <input type="checkbox"/>

**REKOMENDACJA 2 CZŁONKÓW STOWARZYSZENIA
(czytelne podpisy)**

.....
Imię i nazwisko

.....
Imię i nazwisko

Decyzją Zarządu **Świętokrzyskiego Stowarzyszenia Kolekcjonerów Broni Palnej „CIVIS”** z dnia

Pan/Pani..... syn/córka

został(a)* / nie został(a)* przyjęty(a) od dnia-.....-20..... r. na członka zwyczajnego stowarzyszenia.

.....
ZA ZARZĄD